



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

發展殘障處州輔助津貼付款(SSP)

資格審查項目

ELIGIBILITY CHECKLIST FOR

DDD STATE SUPPLEMENTARY PAYMENTS (SSP)

住宿護理/家庭補助計畫

日期

個案當事人姓名		個案當事人身份證號碼	地區
出生日期	社會安全號碼		個案/資源管理員
接受州輔助津貼付款資格的標準			
<ul style="list-style-type: none"> 個案當事人必須具備接受發展殘障處服務的資格，而且 目前必須具備接受安全收入津貼計畫(SSD)資格或，若非接受殘障成長兒童計劃福利，則需要具備享受安全收入津貼計劃福利資格，而且 必須於2002年8月至現在，曾接受州補充計劃福利，而非僅由州政府資助的服務項目；或於2001年3月至2003年6月，曾接受一項有資格享受的服務；而且 必須繼續證實個案當事人的確需要此項僅由州府資助的服務項目。 一個人可能有資格接受由州輔助津貼付款支付的一個以上的服務項目。 			

接受安全收入津貼計畫資格

是 否

此人目前是否具備接受安全收入津貼計畫資格，或正在接受安全收入津貼計畫？

此人若非接受殘障成長兒童計劃福利，是否具備享受安全收入津貼計劃福利資格？

若對以上兩個問題答案為「否」，則該個案當事人不具備接受州輔助津貼付款的資格。

接受服務項目的資格

該人是否於2002年8月至現在，曾接受州補充計劃福利，而非下列計劃之一
項或幾項；或於2001年3月至2003年6月，曾接受一項有資格享受的服務？

 是 否

對於下列州僅由州府資助的服務項目，此人目前是否對其中之一項或幾項
服務確有需求？

 是 否

請將勾選所有適用者：

家庭補助計畫 寄宿護理服務（僅限1099服務） 自願安置計畫 成人之家 成人住宿護理所(ARC) 發展殘障處小型護理之家 生活支持計畫 另選安置計畫 代理機構專人護理計畫 同伴之家計畫 服務津貼/個案當事人津貼

若個案當事人對以上任何一項之答案為「否」，即不符合接受州輔助津貼付款計畫服務之資格。

此人 符合 不符合接受州輔助津貼付款計畫服務之資格。

個案當事人姓名：

下面由個案當事人的代表填寫。

受款人

在我領取州輔助津貼付款期間，本人同意將該州輔助津貼付款交付我的受款人。

姓名	電話號碼	與個案當事人的關係
----	------	-----------

郵寄地址	城市	州	郵遞區號
------	----	---	------

服務提供者資訊

在審定領取州輔助津貼付款之資格時，將依據對服務需求程度的評估定。若您的生活狀況有變化，或者您的住宿支持服務提供者的狀況有變化，皆可能影響您對服務之需求。請向我們提供您的住宿支持服務提供者的姓名。

服務提供者姓名/計畫名稱	電話號碼
--------------	------

個案當事人及受款人之責任

- 本人同意，當我準備更換服務提供者時，我將通知我的發展殘障處個案/資源管理員或社會工作人員。
- 本人同意，當我領取安全收入津貼計畫的資格有變動時，我將通知發展殘障處。
- 本人同意，當我的生活狀況有變動時，我將通知發展殘障處。
- 本人同意，當我的受款人有變動時，我將通知發展殘障處。我已收到有關州輔助津貼付款受款人的資訊。

請簽名，然後將此頁交回給發展殘障處

本人同意，此表格上的資訊是正確的。

個案當事人或代表簽名	日期
------------	----

社會福利服務部代表簽名	日期
-------------	----

副本送交：個案當事人服務計畫